**MEMORIAL ECONÔMICO SANITÁRIO**

**ESTABELECIMENTOS DE PRODUTOS DE ABELHAS E DERIVADOS**

**1. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Razão Social:** | | | | |
| **Nome Fantasia:** | | | | |
| **Classificação:** | | | | |
| **CNPJ:** | **Insc. Estadual:** | | | |
| **Nº de Registro:** | **Telefone:** | | | |
| **Data de Registro:** | | | | |
| **E-mail:** | | | | |
| **Endereço:** | | | | |
| **Município:** | | **CEP:** | | **UF:** |
| **Nome do Proprietário/Arrendatário:** | | | | |
| **CPF:** | **RG:** | | | |
| **Endereço:** | | | | |
| **Bairro:** | | **Telefone:** | | |
| **Município:** | | **CEP:** | | **UF:** |
| **Nome dos responsáveis por receber documentos oficiais:** | | | **CPF:** | |
|  | | |  | |

**2. RESPONSÁVEL TÉCNICO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome:** | | | |
| **CPF:** | **CRMV/RO:** | | |
| **Endereço:** | | | |
| **Bairro:** | **Telefone:** | | |
| **Município:** | | **CEP:** | **UF:** |
| **E-mail:** | | | |

Obs.: Marcar com “X” nos campos adequados.

**3. PROPRIEDADE DO ESTABELECIMENTO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Própria |  | Arrendatário |  | Cooperativa |
|  | Alugada |  | Outros (especificar): | | |

**4. MOTIVO DO PROJETO**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Registro |
|  | Reforma/Ampliação (especificar): |
|  | Alteração do Memorial |
|  | Complementação do Memorial |

**5. CLASSIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Unidade de beneficiamento de produtos de abelhas |

**6. PRODUTOS QUE PRETENDE PRODUZIR**

|  |  |
| --- | --- |
| Produto | Quantidade/dia |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**7. TIPO DE INSPEÇÃO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Municipal |  | Estadual |  | Federal |

**8. PROCEDÊNCIA DA MATÉRIA-PRIMA E CONSERVAÇÃO ATÉ A RECEPÇÃO**

|  |  |
| --- | --- |
| Procedência | Conservação |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**9. TRANSPORTE DA MATÉRIA-PRIMA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Rodoviário |  | Outro (especificar): |
| **TIPO DE CAMINHÃO** | | | |
|  | Isotérmico com unidade geradora de frio |  | Comum (sem unidade geradora de frio) |
|  | Isotérmico |  | Outro (citar meio de transporte utilizado e temperatura): |
|  | | | |

**10. PROCEDÊNCIA DOS PRODUTOS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | SIF (Serviço de Inspeção Federal) |  | SIM/RO - SISBI |
|  | SIE (Serviço de Inspeção Estadual) |  | Estabelecimentos SISBI de outros Estados |
|  | SIE/RO – SISBI |  | Outro (especificar): |

**11. MERCADO DE CONSUMO:**

|  |
| --- |
|  |

**12. DESCRIÇÃO DETALHADA DO PROCESSO/FLUXO DE CADA TIPO DE PRODUTO E DO USO DE CADA SEÇÃO, QUANDO FOR O CASO** (Descrever todas as operações realizadas, as seções envolvidas e fluxo de produção):

|  |
| --- |
|  |

**13. CAPACIDADES DO ESTABELECIMENTO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **QUANTIDADE DE RECEBIMENTO DE MATÉRIA-PRIMA** | | | |
| Recebimento (Kg ou L/dia) | | Estocagem estática (Kg ou L/dia) | |
|  | |  | |
| **CAPACIDADE MÉDIA DE PRODUÇÃO**  (Relacionar os produtos fabricados e respectivas quantidades por dia) | | | |
| Kg/L | Produtos | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
| **CAPACIDADE DE FUNCIONAMENTO** | | | |
|  | Diária, quantas horas? |  | Semanal, quantas horas? |
|  | Sábado: |  | Domingo e Feriado: |

**14. NÚMERO DE FUNCIONÁRIOS**

|  |  |
| --- | --- |
| Homens: | Mulheres: |
| Os funcionários trabalham uniformizados? ( ) Sim ( ) Não | |
| Qual o tipo de uniforme? Especificar: | |
|  | |

**15. REDE DE ENERGIA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Monofásica** |  | **Bifásica** |  | **Trifásica** |

**16. ÁGUA DE ABASTECIMENTO** (deve possuir reservatório, com sistema de cloração).

|  |  |
| --- | --- |
| Procedência: |  |
| Vazão: | Litros/hora |
| Captação: |  |
| Tratamento: |  |
| Reservatórios (capacidade e material): | Litros |
| Distribuição: |  |
| Frequência da limpeza do reservatório: |  |
| Responsável pela limpeza: |  |

**17. CARACTERÍSTICAS DO SISTEMA DE COLETA E REMOÇÃO DAS ÁGUAS RESIDUAIS/ SERVIDAS** (interior da indústria em direção ao tratamento de efluentes):

|  |
| --- |
|  |

**18. SISTEMA DE VENTILAÇÃO, EXAUSTÃO E CLIMATIZAÇÃO DOS SETORES** (cada setor separado):

|  |  |
| --- | --- |
| **SEÇÃO** | **TIPO DE VENTILAÇÃO** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**19. TIPO DE ILUMINAÇÃO UTILIZADA NAS SEÇÕES**

|  |  |
| --- | --- |
| **SEÇÃO** | **TIPO DE ILUMINAÇÃO** |
|  |  |
|  |  |

**20. SISTEMA DE PRODUÇÃO DE ÁGUA QUENTE** (descrever sistema e temperatura da água)**:**

|  |
| --- |
|  |

**21. MÁQUINAS E EQUIPAMENTOS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DENOMINAÇÃO** | **QUANTIDADE** | **CAPACIDADE** | **CONSTITUIÇÃO** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**22. INSTALAÇÕES INDUSTRIAIS** (Descrever todas as seções)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DENOMINAÇÃO** | **TEMPERATURA DE TRABALHO** | **CAPACIDADE** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**23. DESCREVER COMO É REALIZADO O CONTROLE SANITÁRIO DAS ABELHAS E QUAL A PERIODICIDADE DESTES:**

|  |
| --- |
|  |

**24. DESCREVER COMO É REALIZADO O DESCARTE DE FAVOS E CAIXAS NÃO UTILIZADAS:**

|  |
| --- |
|  |

**25. INDICAÇÃO DO TIPO DE TRATAMENTO APLICADO AOS PRODUTOS NÃO COMESTÍVEIS E CONDENADOS:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | PRÓPRIO (especifique): |
|  | TERCEIRIZADO (especifique): |

**26. TIPO DE PAVIMENTAÇÃO EXTERNA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Cascalho |  | Brita |
|  | Bloquete |  | Paisagismo |
|  | Outro (especificar): | | |

**27. TIPO DE DELIMITAÇÃO EXTERNA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Cerca |  | Alambrado |
|  | Muro |  | Outro (especificar): |

**28. NATUREZA DO PISO**

|  |  |
| --- | --- |
| **SETOR** | **TIPO** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**29. NATUREZA DAS PAREDES**

|  |  |
| --- | --- |
| **SETOR** | **TIPO** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**30. NATUREZA DO TETO**

|  |  |
| --- | --- |
| **SETOR** | **TIPO** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**31. VESTIÁRIOS/BANHEIRO** (Descrever a localização e quantidade, bem como se há divisão por sexo)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **VESTIÁRIO OU SANITÁRIO?** | **LOCALIZAÇÃO** | **QUANTIDADE** | **DIVISÃO POR SEXO?** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**32. BARREIRA SANITÁRIA** (Descrever a localização e os itens que compõem a BS)

|  |  |
| --- | --- |
| **LOCALIZAÇÃO** | **COMPONENTES** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**33. INDICAÇÃO DE EXISTÊNCIA NAS PROXIMIDADES, DE ESTABELECIMENTOS OU PROPRIEDADES, QUE POR SUA NATUREZA DE PRODUÇÃO POSSAM PRODUZIR MAU CHEIRO OU INTERFERIR NA QUALIDADE DO PRODUTO.**

|  |
| --- |
|  |

**34. DESCRIÇÃO DO PROCESSO LIMPEZA E HIGIENIZAÇÃO DE TODAS AS SEÇÕES, EQUIPAMENTOS, PRODUTOS UTILIZADOS E FREQUÊNCIA DE LIMPEZA** (Descrever as etapas e procedimentos, produtos utilizados e frequência de limpeza e higienização das instalações, máquinas, equipamentos, mesas e utensílios, caixas plásticas, câmaras frias, vestiários e sanitários)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SEÇÃO/EQUIPAMENTO** | **PROCEDIMENTOS** | **PRODUTOS UTILIZADOS** | **FREQUÊNCIA DE LIMPEZA** |
|  |  |  |  |

Nome da Cidade, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Responsável pela Empresa | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Responsável Técnico |